



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD 2308299130 FECHA: 2023/08/29

HORA: 9:23

INFORMACION DEL PRESTADOR

|                                  |                                  |                     |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA | NIT: 890905177                   | CC: 890905177       |
| Codigo: 050010608601             | Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61 |                     |
| Telefono: 698 4447192            | Departamento: ANTIOQUIA          | Municipio: MEDELLIN |

Indicativo

Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S.A.

Codigo: EPS042

DATOS DEL PACIENTE

|                      |                     |                    |                    |
|----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| 1er Apellido: RIVERA | 2do Apellido: HENAO | 1er Nombre: JOVANY | 2do Nombre: STIVEN |
|----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

|                                                          |                                                |                                                    |                                                   |            |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Registro civil                  | <input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria | <input type="checkbox"/> Cedula de ciudadanía      | <input type="checkbox"/> Menor sin identificacion | 1015216915 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad | <input type="checkbox"/> Pasaporte             | <input type="checkbox"/> Adulto sin identificacion | Fecha de nacimiento: 15/05/2008                   |            |

Direccion de Residencia Habitual: EL PORVENIR

Telefono: 3122950593

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: ABEJORRAL

Telefono Celular: 3122950593 Correo Electronico: SINCORREO@SINDOMINIO.COM

|                    |                                                          |                                                                  |                                                                  |                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Cobertura en salud | <input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado Parcial              | <input type="checkbox"/> Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazados |
|                    | <input type="checkbox"/> Regimen subsidiado-Total        | <input type="checkbox"/> Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan Adicional de Salud                 | <input type="checkbox"/> Otros       |

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

|                                                        |                                                               |                                                 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Origen de la Atencion                                  | Tipo de servicio Solicitado                                   | Prioridad de la Atencion                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Posterior a la atencion de Urgencias | <input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional        | <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivo        | <input type="checkbox"/> No Prioritaria         |

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Urgencias

☐ Consulta Externa ☒ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio: URGENCIAS

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

| Codigo CUPS | Cantidad | Descripción                                                           |
|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 890280      | 1        | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA |
| 873112      | 1        | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                                              |

Justificación Clínica: Paciente con diagnóstico de fractura de clavícula derecha, tórax medio, angulación cefálica, adecuado contacto de los fragmentos óseos, se inicia manejo conservador, uso permanente de cabestrillo, analgesia oral, reposo deportivo. Cita en 4 semanas por consulta externa de ortopedia con rx actualizadas.

|                       |       |                          |
|-----------------------|-------|--------------------------|
| Impresión Diagnóstica | CIE10 | Descripción              |
| Dx Principal          | S420  | FRACTURA DE LA CLAVICULA |
| Dx relacionado1       |       |                          |
| Dx relacionado2       |       |                          |

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

|                                                  |                     |
|--------------------------------------------------|---------------------|
| Nombre de que solicita: MOLINA ALVAREZ SEBASTIAN | Telefono: 4447192   |
| Cargo Actividad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA       | Indicativo: 4447192 |
|                                                  | Numero: 4447192     |
|                                                  | Extensión: 4447192  |

Sebastian M